

Selbstauskunftsbogen zu den Strukturmerkmalen des OPS

8-559

**Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
(OPS-Version 2025)**

Krankenhausname _____

Ort _____

Standort / Standortnummer _____ / _____

Fachabteilung _____

Für alle personengebundenen Qualifikationen / Verfahren und obligatorisch vorzuhaltenden Therapiebereiche sind mindestens zwei Personen namentlich aufzuführen.

Frührehteam mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der mindestens 5 Jahre in der Rehabilitationsmedizin tätig ist:

Ja Nein

Namen, Vornamen

oder

mit Behandlungsleitung durch einen Facharzt, der 5 Jahre Tätigkeit in der physikalischen und rehabilitativen Medizin aufweist:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Besonders geschultes Pflegepersonal für die aktivierend-therapeutische Pflege ist vorhanden:

Ja Nein

Namen, Vornamen

Vorhandensein von mindestens vier der folgenden Therapiebereiche:

Physiotherapie/Krankengymnastik:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Physikalische Therapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Ergotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Neuropsychologie/Psychologie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Psychotherapie:

Ja

Nein

Namen, Vornamen

Logopädie/faziorale Therapie/Sprachtherapie: Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Künstlerische Therapie (Kunst- und/oder Musiktherapie): Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Dysphagietherapie: Ja Nein

Namen, Vornamen, Qualifikationen

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum _____, _____

Name der Geschäftsführung _____

Unterschrift _____